ITEM 129 : ARTHROSE

Arthrose = maladie articulaire la plus fréquente, touchant l'ensemble des tissus de l'articulation : le cartilage, la membrane synoviale et l'os sous-chondral.
- **Localisations symptomatiques** les plus fréquentes : genou, digital, coxarthrose, rachis.
- Cause de morbidité majeure dans les pays développés, prévalence = **10 %** des adultes, coût = 1 milliard d'euros/an.
- **Cartilage** : Tissu avasculaire, non innervé, fait de chondrocytes et matrice extracellulaire (80 % eau, protéoglycanes, collagène).
- **Physiopathologie** : déséquilibre entre synthèse de la matrice défaillante, et destruction accrue de la matrice. Inflammation locale de bas grade qui produit des médiateurs pro-inflammatoires → production enzymes protéolytiques (Métalloprotéases ++), et modifications chondrocytes (hypertrophiques, apoptose) avec synthèse matrice de moins bonne qualité.
- L'arthrose n'est **pas isolée au cartilage** : remaniements os sous chondral (ostéophytes, ostéosclérose, géodes) et membrane synoviale (épanchement liquidien avec médiateurs pro-inflammatoires et enzymes aggravant la dégradation du cartilage).
- **Particularité gériatrique** de l'arthrose : comorbidité fréquente du sujet âgé, elle se présente le plus souvent comme un facteur de **risque de chute** (prédisposant) ou une **perte d'autonomie** plutôt qu'une douleur typique mécanique.

FDR	- **Âge** : rare < 40 ans, augmente fortement > 60 ans. - **Surpoids/obésité et syndrome métabolique** : sur articulation portante (**rachis**, **genou**) ou non portante (**arthrose digitale**). - **Hérédité** : antécédents familiaux d'arthrose. - **Statut hormonal** : **prédominance féminine**, surtout après la ménopause. - Facteurs biomécaniques : **port de charges lourdes, microtraumatismes répétés**, **antécédent de lésions** ou **chirurgie ménisco-ligamentaire.** - Trouble de l'architecture du membre (congénital ou acquis) : ***genu varum*** ou ***valgum***…
PHÉNOTYPES	**Arthrose primitive :** - Arthrose liée au vieillissement. - Arthrose métabolique (obésité et syndrome **métabolique**). - Arthrose post-traumatique. **Arthrose secondaire** (arthrite microcristallines, septiques, inflammatoires ou malformations de l'articulation). **Arthrose des maladies monogéniques** (chondrodysplasie).

/!\ : nombreuses discordances de rangs entre collèges et fiche LiSA => Rangs de la fiche LiSA priorisés

Ⓐ Pincement articulaire supéro-externe
Ⓑ Ostéocondensation sous-chondrale
Ⓒ Géodes sous-chondrales
Ⓓ ostéophytose
1 cotyloïdienne
2 péricapitale
3 cervicale inférieure
4 sous-capitale
5 de l'arrière fond du cotyle
6 périfovéale

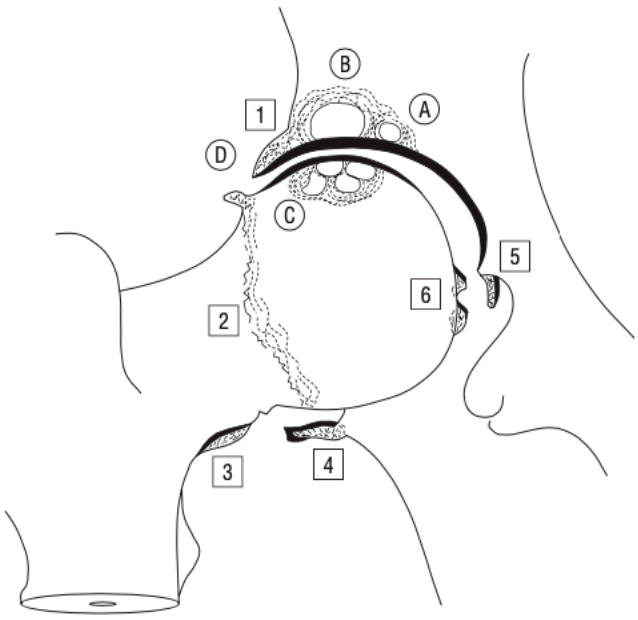

Fig. 7.2. Ⓐ **Coxarthrose polaire supérieure.**

COXARTHROSE

= **Arthrose de l'articulation coxo-fémorale** : prévalence = **1-5 %** entre 40 et 75 ans, légère prédominance féminine.
- Pathologie de hanche la plus fréquente.
- Favorisée dans > 50 % des cas par une anomalie (vice architectural de la hanche…)

DG

SF

Douleur de hanche

- Localisée au pli de l'aine, pouvant irradier à la face antérieure ou antéro-interne de la cuisse (mimant une cruralgie, mais sans lombalgie concomitante ou impulsivité), voire projetée en regard du genou. Association avec une tendino-bursite du moyen glutéal.
- **Horaire mécanique** : augmentée à l'effort, améliorée au repos, ne réveillant pas le malade la nuit, possible sensation de raideur matinale, mais avec dérouillage < 15 minutes.
- Douleurs de type inflammatoire lors des poussées congestives.
- Retentissement fonctionnel : **↘ périmètre de marche, boiterie d'esquive, ↘ vitesse de marche.**

Raideur

- **Limitation des amplitudes articulaires.**
- **Retentissement fonctionnel** : difficulté à mettre des chaussettes, s'accroupir, sortir de voiture…

Indice fonctionnel de Lequesne

= Selon : **douleur**, **marche maximale** et **difficultés fonctionnelles** dans différentes situations (enfiler une chaussette, ramasser un objet à terre, monter/descendre un étage, sortir d'une voiture…) ➞ indication chirurgicale dès **10-12 points/26.**
- Limitation des capacités fonctionnelles et perte d'autonomie.

SC

- En position debout et à la marche : **attitude vicieuse** en **flessum** ou en **rotation externe** pour formes évoluées.
- À la marche : **boiterie d'esquive** (douleur) ou **de Trendelenburg** (insuffisance du moyen glutéal).
- En position couchée :
  - **Douleur** et/ou **limitation douloureuse** : initialement sur la rotation interne et l'extension.
  - **Amyotrophie du muscle quadriceps ± du psoas.**
  - **Clinostatisme** : impossibilité de relever la jambe du plan du lit, lié à l'atteinte de la cotyle.
  - Signe de la clef (RI et RE de hanche douloureux).
  - Salut coxal : en décubitus dorsal, douleur à l'élévation jambe tendue contre résistance.

Rx

L'examen d'imagerie sera toujours bilatéral et comparatif +++.
= Cliché de bassin en charge : debout de face avec MI en rotation interne à 20° + faux profil de Lequesne.
- **Pincement de l'interligne articulaire** : généralement supéro-externe de face et antérieur de profil.
➞ L'interligne articulaire normal croît d'arrière en avant et de bas en haut.
- **Ostéophytose marginale** : de l'avant-toit, péri-céphalique, péri-fovéale, céphalique postéro-inférieur ou en « hamac » sous le col fémoral.
- **Ostéosclérose condensante de l'os sous-chondral** : pôle supérieur de la tête et/ou toit du cotyle.
- **Géodes :** lacunes cerclées au sein de l'ostéo-condensation, en regard du pincement articulaire.
- Formes débutantes : interligne sur le cliché de face peut être normal.
- Forme avancée : **déformation** de la tête fémorale avec **perte de sphéricité.**
- Sévérité radiologique : **classification de Kellgren et Lawrence** ou **mesure du pincement articulaire.**
➞ Dissociation anatomo-clinique : l'importance de l'atteinte radiologique n'est pas corrélée à la clinique.

https://videotheque.uness.fr/w/1Zf57C1kGzXe3xzp9h2RHB

Coxo-métrie

- **Angle VCE** (couverture externe du cotyle) : N > 25°.
- **Angle HTE** (obliquité du toit du cotyle) : N < 10°.
- **Angle céphalo-cervico-diaphysaire** : N < 135°.
- **Angle VCA** (couverture antérieure de la tête fémorale) sur le faux profil de Lequesne : N > 25°.

DD

- **Coxite** : pincement articulaire diffus, déminéralisation et géodes sous-chondrale, encoches périchondrales, pas d'ostéophytes.

PC

Autres examens paracliniques possibles :
- **Écho de hanche** : peut mettre en évidence un épanchement (à suspecter quand flessum limité dans toutes les directions), guider une ponction de liquide synovial ou une infiltration, dg de bursite associé…
- **Arthroscanner** : rares indications, mais indiquée si épisodes cliniques de blocages articulaires, suspicion de lésion du labrum quand la douleur apparait en rotation interne-adduction (chercher kyste simple, désinsertion…)
- **IRM** de hanche : rares indications, mais indiquée si aggravation récente des douleurs faisant suspecter une fissure de contrainte ou une ostéonécrose, si suspicion de lésions du labrum.

Bio

- **Absence de syndrome inflammatoire** (sauf poussée aiguë) : diagnostic différentiel avec une coxite.
- **Ponction articulaire** inutile dans une forme classique (sauf si doute diagnostique) : **liquide mécanique** c'est-à-dire < 1 000 cellules/mm^3, stérile, sans microcristaux.

DD

- **Cruralgie** : tonalité neurogène de la douleur, diminution/abolition du réflexe rotulien, hypoesthésie.
- **Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale.**
- **Tendinopathie du moyen fessier** : douleur externe, en regard du grand trochanter.
- **Fissure ostéoporotique du bassin** (sacrum ou branche, mais cadre obturateur surtout ++).
- Algodystrophie de hanche (T3 grossesse).
- Calcification tendineuse muscle droit fémoral (insertion sur cotyle).

	Pronostic		= Grandes variations interindividuelles : **pincement moyen = 0,2 à 0,3 mm/an.** - De l'**évolution nulle** (< 10 %, surtout formes supéro-internes) à la **chondrolyse rapide**.
FORMES CLINIQUES	*Anomalie architecturale*	**Dysplasie supéro-externe**	= **Maladie luxante** : 40 % des coxarthroses, souvent bilatérale et asymétrique. - **Anomalie de l'extrémité supérieure du fémur** : col trop vertical = ***coxa valga*** (angle cervico-diaphysaire > 140°), trop antéversé = ***coxa antetorsa***, voire **perte du cintre cervico-obturateur.** - **Dysplasie du toit du cotyle** : angle VCE et VCA < 20° ± obliquité excessive (angle HTE > 12°).
		Dysplasie interne	= **Protusion acétabulaire** : 5 % des coxarthroses, plus fréquent chez la femme, volontiers bilatérale. - **Coxarthrose postéro-interne** : début tardif et évolution plus lente qu'une forme supéro-externe. - **Protrusion importante** (*coxa profunda*), ou **col trop horizontal** (*coxa vara*), **cotyle trop profond** : angle VCE > 35°, angle HTE = 0-5°, ligne acétabulaire débordant en dedans la ligne ilio-ischiatique.
		Coxa plana	= **Séquelle d'ostéochondrite** de l'enfance : fréquente chez le garçon de 5-10 ans, parfois bilatérale. - Fragmentation du noyau céphalique, avec déformation de la tête fémorale en « béret basque ».
		Coxa retorsa	= **Séquelle d'épiphysiolyse** : volontiers bilatérale, entre 10-16 ans chez l'enfant obèse. - Glissement de la tête fémorale en bas et en arrière : évident ou minime. - Signe évocateur : ostéophytose du col fémoral supérieur.
	Coxarthrose rapidement destructrice (CDR) */!\ Rang B sur LiSA*		= **Pincement > 50 %** ou **> 2 mm de l'interligne en 1 an** (ou semi-rapide > 1 mm en 1 an). - Préférentiellement chez la femme de 65 ans, volontiers obèse. - Souvent déclenchée par un **traumatisme articulaire** ou un **surmenage physique.** - **Douleur** de début brutal, très intense, à recrudescence nocturne. - Parfois associé à un **syndrome inflammatoire biologique** modéré. - Évolution très rapide vers un pincement global de l'interligne sans ostéophytose : seule des clichés répétés à 3 mois minimum mettent en évidence la chondrolyse. - **Ponction articulaire** systématique : éliminer une **coxite** ou une **chondrocalcinose articulaire** associée - Complication : risque **d'ostéolyse de la tête fémorale.**
	Autres coxarthroses secondaires		- **Fracture du cotyle** ou **du toit cotyloïdien.** - **Ostéonécrose de la tête fémorale.** - **Coxite évoluée** : spondylarthropathie, polyarthrite rhumatoïde… - **Inégalité de longueur des MI > 3 cm.** - **Maladie de Paget.**
TTT MÉDICAL	Ménagement de l'articulation douloureuse		- **Éviter la marche** dans les périodes douloureuses. - **Favoriser l'activité physique** en dehors des poussées, supervisée ou non : marche, vélo, piscine. - **Éducation gestuelle** en limitant les contraintes allant dans le sens des déformations articulaires (ancien terme d'« économie articulare »). - Éviter la **station debout prolongée** et le **port de charges lourdes.** - **Canne** du côté opposé à la hanche touchée. - **Repos quotidien** en position allongée, hanches en extension. - Corriger un **excès de poids** (éviter dénutrition et sarcopénie).
	Kinésithérapie		- **Rééducation douce** de la hanche : **antalgie** et massage, décharge transitoire si trop douloureux, maintien de la **mobilité articulaire** (posture en abduction et extension, étirement des muscles pelvi-fémoraux) et de la **trophicité musculaire**, **lutte contre le flessum**, **balnéothérapie.** - Mise au repos transitoire si poussée douloureuse/congestive ou coxarthrose destructrice rapide.
	TTT médicamenteux		- **Antalgique simple** à la demande et au long cours (**paracétamol**, jusqu'à 4 g/j) palier II, exceptionnellement palier III. - **AINS** au cours des poussées douloureuses (contre-indiqués après 75 ans). - **Anti-arthrosique d'action lente** (cure de 3 mois x 2/an) : Pas de preuve d'efficacité.
	Injection intra-articulaire		= Articulation profonde d'abord difficile : à distance d'une chirurgie de la hanche. - **Injection intra-articulaire d'acide hyaluronique** (**visco-supplémentation**) : pas de preuve d'efficacité.
TTT CHIRURGICAL	TTT chirurgical conservateur		= **Chirurgie préventive**, systématiquement discutée : correction de la malformation subluxante. - *Coxa valga* : **ostéotomie fémorale supérieure de varisation**. - Insuffisance de couverture de la tête : **butée cotyloïdienne** ou **ostéotomie du bassin de Chiari.**
	Prothèse totale de hanche		= Mise en place d'une **pièce fémorale en alliage métallique** et d'une **cupule cotyloïdienne** fixée par un ciment acrylique dans la cavité cotyloïdienne. - Durée de vie de 15 ans : discutée chez le sujet jeune (nécessité de réintervention).
		Indication	➔ Seul le retentissement clinique (douleur et handicap) justifie l'intervention. - Sujet **> 60 ans** avec **handicap important malgré un traitement médical bien conduit.** - Discutée au cas par cas chez le sujet de 40 à 60 ans avec handicap majeur.

		Complications	= Aiguës : Hématome, phlébite, arthrite septique précoce, retard de cicatrisation (rechercher une infection). = Tardives : Infection de prothèse, usure du cotyle, descellement mécanique, fissure péri-prothétique, ossification péri-prothétique, luxation (éviter les mouvements de flexion, rotation interne et adduction).

GONARTHROSE

= Arthrose la plus fréquente des membres inférieurs = **2-10 %** des hommes et **3-15 %** des femmes entre 40 et 75 ans, surtout après la ménopause.
- Atteinte **fémoro-patellaire** (35 %), **fémoro-tibiale interne** ou **externe** (45-50 % des cas) ou **mixte** soit **uni-, bi-** ou **tricompartimentale** (15-20 %).

ARTHROSE FEMORO-TIBIALE

= Très fréquente chez les femmes (2/3) après la ménopause : 2 % des hommes et 6 % des femmes > 65 ans.
- Femme > 65 ans.
- Surpoids ou obésité.
- Profession avec port de charges lourdes.
- Activités sportives intenses.
- Atteinte du compartiment interne (médial) plus fréquente qu'en externe (latéral).

SF

- **Douleur diffuse du genou** (ou plus volontiers localisée au compartiment interne en cas d'atteinte fémoro-tibiale interne) : de rythme mécanique, ↗ à la marche et à la montée/descence des escaliers, ↘ au repos.
- **Poussées inflammatoires** : intensification de la douleur avec recrudescence nocturne, épanchement articulaire.
- **Raideur du genou** d'apparition secondaire.
- Retentissement fonctionnel : **indice algo-fonctionnel** = **KOOS**, **WOMAC**, **Lequesne.**

SC

- En position debout : déviation axiale des membres inférieurs (*genu varum, genu valgum* voire *genu recurvatum*).
- En positon couchée :
  - **Flexion du genou (distance talon-fesse)** : longtemps conservée.
  - Craquements.
  - Arthrose évoluée : **flessum, aspect globuleux du genou.**
  - **Stabilité antéro-postérieure** (généralement conservée) et **latérales.**
  - **Épanchement liquidien possible : signe du flot, choc rotulien /!**
- **Kyste poplité** associé : risque de rupture dans le mollet (douleur brutale = tableau de « pseudo-phlébite »).
- Souvent amyotrophie du quadriceps associée.

Rx

- **L'examen d'imagerie sera toujours bilatéral et comparatif +++.**
- Indicence :
  - **De face en appui bipodal**, **rotation nulle, genoux en extension**.
  - **Profil des genoux.**
  - **Défilé fémoro-patellaire à 30° de flexion**.
  - **En « schuss »** = face, en charge, à 30° ou 60° de flexion, cliché postéro-antérieur : compartiment postérieur.
- **Pincement de l'interligne** : localisé à 1 ou 2 compartiments fémoro-tibials.
- **Ostéophytose** : **marginale externe** et **interne** (cliché de face), des **épines tibiales** (cliché en « schuss ») et **en avant et en arrière du tibia**, sur la **face postérieure du condyle** et **au-dessus de la trochlée** (cliché de profil).
- **Ostéosclérose sous-chondrale** avec **géodes.**
- **Goniométrie** : étude des déviations axiales du genou.

DD

- **Atteinte méniscale** isolée.
- **Arthropathie micro-cristalline** évoluant à bas bruit : ponction en cas d'épanchement important.
- **Ostéonécrose d'un condyle fémoral.**
- **Fissure plateau tibial.**
- Douleur projetée atteinte coxofémorale.

Pronostic

= Évolution très variable : alternance de périodes douloureuses et d'accalmie.
- **Gêne fonctionnelle généralement non majeure**, avec seulement une réduction des activités très sollicitantes (accroupi, course, saut…) et un périmètre de marche suffisant pour les activités quotidiennes.
- **Facteurs prédictifs d'évolutivité** : épanchements synoviaux, chondrocalcinose, obésité, antécédents traumatiques ou chirurgicaux ménisco-ligamentaires.

Formes cliniques

- **Déviation de l'axe mécanique du MI** (genou en extension : droite passant par le centre de la tête fémorale et le milieu de l'interligne tibio-astragalien) **: *genu varum*** (arthrose interne) ou ***genu valgum*** (externe).
- Gonarthrose secondaire : **arthrite (PR, SPA), chondrocalcinose, ostéonécrose, hyperostose, maladie de Paget.**
→ **Forme rapidement destructrice** : rechercher une chondrocalcinose articulaire associée.
- À un stade évolué : **méniscopathie dégénérative** fréquemment associée.

<table>
<tr><td rowspan="4">TTT</td><td>TTT médical</td><td colspan="2">- Ménagement du genou : éviter les marches et station debout prolongée en période douloureuse, favoriser la marche quotidienne en dehors des poussées, corriger un excès de poids…
- Kinésithérapie : antalgie et massage, renforcement du quadriceps et des ischio-jambiers, lutte contre le flessum avec maintien des amplitudes articulaires (postures en extension et étirements des muscles), lutte contre l'instabilité articulaire.
- Antalgie :
• Antalgique simple : paracétamol, palier II, exceptionnellement palier III.
• AINS (topique et systémique) lors des poussées douloureuses.
• Anti-arthrosique à action lente : non remboursés.
- Infiltration locale de corticoïdes : recommandées au cours des poussées en cas d'épanchement intra-articulaire.
- Infiltration d'acide hyaluronique : en l'absence d'épanchement abondant, maximum 1 fois/an. Non remboursé.
- Orthèse de décharge (genouillère) : limite les phénomènes douloureux.
- Orthèses plantaires ou semelles amortissantes.
- Crénothérapie (cure thermale).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TTT chirurgical</td><td>TTT conservateur</td><td>= Ostéotomie de valgisation ou de varisation : retarde de 12 ans la pose d'une PTG.
- Envisageable seulement chez le patient < 65 ans, sur un genou stable, sans laxité.</td></tr>
<tr><td>Prothèse de genou</td><td>= Prothèse non contrainte à glissement ± conservation du système ligamentaire.
- Prothèse totale : si arthrose globale ou arthrose uni-compartementale sévère, avec destructions étendues.
- Prothèse unicompartimentale : si arthrose uni-compartimentale, chez un sujet âgé, sans défaut d'axe majeur, sans hyperlaxité.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">ARTHROSE FEMORO-PATELLAIRE</td><td colspan="3">= Atteinte plus fréquente chez les femmes > 40 ans : souvent bilatérale et symétrique, généralement du compartiment externe de l'articulation, moins symptomatique que l'arthrose fémoro-tibiale.
- FDR : dysplasie fémoropatellaire, chondromalacie rotulienne et luxations de rotule.</td></tr>
<tr><td>SF</td><td colspan="2">= Syndrome douloureux rotulien : dans les situations de mise en tension de la rotule.
- Douleur de la face antérieure du genou : volontiers déclenchée lors de la mise en extension du genou (descente d'escalier, station assise prolongée, agenouillement), modeste en terrain plat.
- Signes d'accompagnement possibles : . Accrochage douloureux (à la marche).
. Épisodes d'épanchement (au décours des poussées douloureuses).</td></tr>
<tr><td>SC</td><td colspan="2">-Syndrome rotulien avec douleur :
• À l'extension contrariée de la jambe et à la pression de la rotule sur le genou fléchi.
• Au toucher rotulien : palpation des faces rotuliennes latérales et médiales.
• À la manœuvre du rabot : douleur au frottement de la rotule contre la trochlée.
• À la manœuvre de Zohlen : douleur vive et opposition à l'ascension de la rotule lors de la contraction du quadriceps.
- Parfois associé : amyotrophie du quadriceps, épanchement articulaire (signe du flot, choc rotulien), parfois avec kyste poplité.</td></tr>
<tr><td>Rx</td><td colspan="2">= Incidences : axiales à 30° ou 60° + face et profil des genoux en charges + schuss.
- Atteinte externe : . Amincissement/disparition de l'interligne externe.
. Ostéophytose rotulienne trochléenne externe.
. Rotule translatée en dehors par usure du cartilage.
- Dyslasie trochléopatellaire : angle trochléen > 140° sur les incidences à 60° de flexion.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="2">- Évolution capricieuse : douleur intermittente, puis gênante à la pratique de la marche et de l'activité sportive.</td></tr>
<tr><td></td><td>TTT médical</td><td>- Ménagement du genou : limiter la pratique du ski, du vélo et de la marche prolongée.
- Kinésithérapie : rééducation isométrique du muscle vaste interne ++ (réaxation de la rotule).
- Infiltrations corticoïdes lors des poussées inflammatoires.
➙ L'efficacité des injections d'acide hyaluronique est modeste dans cette indication.</td></tr>
<tr><td></td><td>TTT chir</td><td>= Si impotence sévère et rebelle au traitement médical :
- Arthroplastie totale de la rotule en cas d'arthrose fémoro-patellaire isolée.
- Patellectomie dans les formes très évoluées.
- Transposition de la tubérosité tibiale.</td></tr>
</table>

ARTHROSE DIGITALE

Arthrose digitale = de la **base du pouce, interphalangienne distale** ou plus rarement **proximale** : localisation la plus fréquente d'arthrose = **65 %** des femmes et **50 %** des hommes, dont **20 %** symptomatique, volontiers associée à l'arthrose de genou.
- Localisation la plus fréquente de l'arthrose.
- Après 55 ans, 2 femmes sur 3 et 1 homme sur 2 dont 20 % présentent des douleurs.
- **Arthrose des interphalangiennes** : forme la plus fréquente, touche surtout la femme, avec un terrain familial.
- **Arthrose trapézométacarpienne (= rhizarthrose)** : souvent bilatérale, favorisée par des microtraumatismes répétés ou par un vice de la statique du 1er métacarpien.

DG	C	**Atteinte des IPD**	- **Nodules d'Heberden** : tuméfactions nodulaires, parfois douloureuses, entraînant des déformations importantes en flessum ou latéralement.
		Atteinte des IPP	- **Nodules de Bouchard** (moins fréquents).
		Rhizarthrose	**- Douleurs de la racine du pouce** et **de la partie externe du poignet.** - **Articulation hypertrophiée** ± épanchement discret. - **Douleur à la mobilisation de l'articulation trapézo-métacarpienne.** - Forme évoluée : **pouce adductus** (pouce en « Z ») avec **amyotrophie de la loge thénar.**
	PC	→ Le diagnostic est clinique : **les radiographies sont inutiles devant des déformations typiques.** - Signes habituels d'arthrose : pincement de l'interligne (souvent global), ostéophytose latérale (responsable des nodosités), géodes sous-chondrales.	
	Arthropathie érosive des doigts	Forme sévère destructrice d'arthrose digitale définie par présence d'érosion sur les radios des mains. **= Poussées congestives des IPD ou IPP** : quasi-exclusivement chez la femme, début à la ménopause. - **Douleurs intenses, inflammatoires** (avec réveil nocturne), évoluant sur plusieurs semaines. - Rx : **érosions importantes, géodes** et **pincement total de l'interligne avec aspect en « aile de mouette »** → Diagnostic différentiel : rhumatisme psoriasique.	
TTT	- Évolution : régression et diminution des douleurs dans le temps, installation des nodules parfois déformants. - Parfois invalidante par les douleurs et la gêne fonctionnelle → **indices algofonctionnels de Dreiser et score de AUSCAN.** - Objectif rééducatif : améliorer les mobilités articulaires notamment la flexion des doigts qui est indispensable à la préhension ; améliorer la force musculaire et lutter contre les déformations.		
	TTT médical	- **Antalgique** (paracétamol). - **Anti-arthrosiques d'action lente** pour limiter le retentissement fonctionnel. - **AINS en topiques locaux** ou **par voie orale** lors des poussées. - **Port d'orthèse** (notamment la nuit au moment des poussées) : éviter les déformations, antalgique. - **Infiltrations cortisoniques** : au cours des poussées très douloureuses résistantes au traitement.	
	TTT chirurgical	- Arthrose des IP = exceptionnelle : **réaxation, arthrodèse, remplacement prothétique.** - Rhizarthrose évoluée : **trapèzectomie** avec ou sans interposition ligamentaire, **prothèse trapézo-métacarpienne** ou **arthrodèse** (surtout si post-traumatique).	
AUTRES LOCALISATIONS	= Localisations rares → rechercher systématiquement une cause associée (traumatisme, arthropathie microcristalline…)		
	Arthrose de l'épaule	= **Omarthrose** : touche essentiellement **l'articulation scapulo-humérale.** **- Omarthrose excentrée** = 2ndr à une rupture de coiffe transfixiante (ascension et subluxation postérieure de la tête humérale, avec néoarticulation acromiohumérale) : arthropathie gléno-humérale avec ostéophyte huméral, puis pincement gléno-huméral à prédominance supérieure. **- Omarthrose centrée** = séquelles de pathologie inflammatoire, microcristalline ou chondromatose. **- Omarthrose primitive** : exceptionnelle.	
		C	- **Douleur de l'épaule** : mécanique, longtemps bien tolérée. - Évoluant vers un **enraidissement progressif** : potentiellement handicapant, avec limitation des amplitudes articulaires.
		Rx	- **Pincement de l'interligne** (souvent global). - **Condensation de l'os sous-chondral.** - **Ostéophytose** : surtout dans la partie inférieure de la glène (en « battant de cloche »).
		TTT	- **Antalgique, AINS, infiltration corticoïde**, voire **infiltration d'acide hyaluronique.** - Chirurgie : . Omarthrose excentrée : **prothèse inversée type Grammont.** . Omarthrose centrée (respect de la coiffe des rotateurs) : **prothèse totale d'épaule.**
	Arthrose de la cheville	= Quasi-toujours 2ndr : **post-traumatique, nécrose de l'astragale, chondrocalcinose, hémochromatose.** → Recherche systématique **d'hémochromatose génétique** devant toute arthrose de cheville. - **Douleur mécanique** en orthostatisme et à la marche. - **Déficit d'extension de la cheville,** voire **équinisme.** - TTT : . **Mesures orthopédiques.** . **Infiltration cortisonique.** . **Arthrodèse** réservée aux cas invalidants. . **Prothèse** (en service spécialisé).	

OMARTHROSE

L'omarthrose est l'arthrose de l'articulation scapulo-humérale.
Clinique : douleur mécanique chronique de l'épaule, raideur secondaire avec limitation des amplitudes.

DG	**Imagerie**	**Radiographie** : un cliché de face et de profil des épaules (examen bilatéral et comparatif) et les rotations internes et externes de l'épaule (recherche de calcifications à l'insertion des tendons de la coiffe signe d'une tendinopathie, autre diagnostic différentiel de douleurs).
	Formes cliniques	Il existe deux types d'omarthrose : - **Omarthrose excentrée :** définie par la présence d'une ascension de la tête humérale qui n'est plus en face de la glène scapulaire. Elle est secondaire à une rupture des tendons de la coiffe des rotateurs. - **Omarthrose centrée :** sans ascension de la tête humérale. Plus rare que la forme excentrée, elle doit faire rechercher une pathologie articulaire destructrice sous-jacente comme la polyarthrite rhumatoïde ou la chondrocalcinose.